

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

KARINE BARRIENTOS DE RESENDE

Avaliação de pacientes cirúrgicos, neurológicos e clínicos por meio da escala de mobilidade Perme e escore de gravidade SAPS.

UBERLÂNDIA
2019

KARINE BARRIENTOS DE RESENDE

Avaliação de pacientes cirúrgicos, neurológicos e clínicos por meio da escala de mobilidade Perme e escore de gravidade SAPS.

Projeto de pesquisa para Trabalho de Conclusão de Residência a ser apresentado ao programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para conclusão do programa.

Orientadora: Eliane Maria de Carvalho
Co-orientadora: Vivinay Mendes Borges

Uberlândia
2019

Avaliação de pacientes cirúrgicos, neurológicos e clínicos por meio da escala de mobilidade Perme e escore de gravidade SAPS.

Surgical, clinical and neurological patients assessment according to PERME and SAPS Score.

Karine Barrientos de Resende¹, Viviany Mendes Borges², Eliane Maria de Carvalho³

1. Residente de Fisioterapia na Atenção ao Paciente em Estado Crítico na Universidade Federal de Uberlândia.
2. Fisioterapeuta Mestre do Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia/ Uberlândia/ Minas Gerais/ Brasil
3. Fisioterapeuta, Doutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional na Atenção ao Paciente em Estado Crítico e Professor Adjunto IV do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Educação Física/ Universidade Federal de Uberlândia/ Uberlândia/ Minas Gerais/ Brasil

Autor de Correspondência

Nome: Eliane Maria de Carvalho

Endereço: Av. Benjamin Constant, 1286 - Bairro Aparecida – Uberlândia/MG

Faculdade de Educação Física

E-mail: elianemc@ufu.br

Telefone: (34) 3218 - 2966

Instituição responsável pelo envio do artigo: Universidade Federal de Uberlândia

Financiamento: próprio

RESUMO

Introdução: Esse estudo teve como objetivo analisar a existência de correlação entre duas escalas utilizadas na unidade de Terapia intensiva, em que uma avalia o índice de gravidade (SAPS) e a outra o grau de mobilidade (PERME) de pacientes internados na UTI 1 cirúrgica, 2 neurológica e 3 clínica.

Método: A escala SAPS foi aplicada pelo médico, assim que o paciente era admitido na UTI e a escala Perme foi realizada por fisioterapeutas. Foram avaliados todos os pacientes admitidos na UTI no período de dois meses.

Resultados: Foram analisados 68 pacientes, sendo 27 na unidade cirúrgica, 30 na neurológica e 11 na clínica. Em relação ao SAPS e a variável risco de óbito (%) observou-se diferença entre a UTI 1 e 3 $p=0,006$ em ambos. Diferença entre a UTI 1 e 3 ($p=0,003$) e UTI 2 e 1 ($p=0,042$) para a variável PERME inicial. Não havendo diferença na PERME final. Na correlação entre SAPS e Perme Inicial e final observou-se que a UTI 2 apresenta $r=-0,810$ $p=0,000$ e $r=-0,651$ $p=0,000$, respectivamente. A UTI 3 apresenta $r=-0,674$ $p=0,022$ e $r=-0,808$ $p=0,003$, respectivamente. A UTI 2 e 3 apresentaram correlação significativa e negativa.

Conclusão: O escore fisiológico está inversamente relacionado com a mobilidade do paciente internado na unidade de terapia intensiva, porém mais estudos devem ser realizados, principalmente com maior número de pacientes avaliados.

Palavras Chaves: Funcionalidade; Escala; UTI; Mobilidade; SAPS; PERME.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study was to analyze the existence of a correlation between two scales used in the intensive care unit, one that evaluates the illness severity index (SAPS) and the other a mobility score (PERME) of patients hospitalized in the ICU 1 surgical, 2 neurological and 3 clinical.

Method: The SAPS scale was applied by the physician as soon as the patient was admitted to the ICU and the Perme scale was performed by physiotherapists. All patients admitted to the ICU within two months were evaluated.

Results: A total of 68 patients were analyzed, 27 in the surgical unit, 30 in the neurological and 11 in the clinic. Regarding SAPS and for the variable risk of death (%) we observed a difference between ICU 1 and 3 $p = 0.006$ in both. Difference between ICU 1 and 3 ($p = 0.003$) and ICU 2 and 1 ($p = 0.042$) for the initial PERME variable. There was no difference in the final PERME. In the correlation between SAPS and Perme Initial and final it was observed that ICU 2 presents $r = -0.810$ $p = 0.000$ and $r = -0.651$ $p = 0.000$, respectively. The ICU 3 shows $r = -0.674$ $p = 0.022$ and $r = -0.808$ $p = 0.003$, respectively. ICU 2 and 3 presented significant and negative correlation.

Conclusion: The physiological score is inversely related to the mobility of the hospitalized patient in the intensive care unit, but more studies should be performed, mainly with a greater number of patients evaluated.

Key Words: Functionality; Score; ICU; Mobility; SAPS; PERME.

INTRODUÇÃO

O paciente crítico quando interna na Unidade Terapia Intensiva (UTI), normalmente gera um custo mais elevado, pelo uso diferenciado dos medicamentos, equipamentos especiais e equipe multiprofissional capacitada para esse tipo específico de cuidado¹.

Mas alguns problemas podem ocorrer devido a gravidade no momento da internação, independente dos cuidados da equipe. Os pacientes estão suscetíveis a desenvolver fraqueza muscular adquirida na UTI, o que pode levar a diminuição na funcionalidade do mesmo. Dentre os fatores de risco que eles estão expostos são descritos como o tempo elevado de imobilismo no leito, uso de bloqueadores neuromusculares e corticoides, sepse, hiperglicemia não controlada, síndrome da angústia respiratória aguda e disfunção múltipla de órgãos³.

Com a força muscular reduzida esses pacientes podem apresentar diminuição na capacidade funcional, levando a uma dificuldade para realizar atividades de vida diária, tornando-os dependentes e/ou incapazes⁴, refletindo diretamente na autonomia do paciente, tanto durante a internação, quanto no pós alta hospitalar, acarretando perda da integridade física e moral, contrariando a Lei Orgânica da Saúde⁵. É descrito que quando a capacidade funcional está diminuída, a qualidade de vida também será acometida⁴.

Atualmente existem mais de vinte escalas disponíveis para avaliar a capacidade funcional, mas poucas são capazes de graduar a funcionalidade para os pacientes criticamente enfermos, e nenhuma ainda é considerada padrão ouro⁶.

Dentre as escalas utilizadas para avaliar a capacidade funcional e a mobilidade do paciente no ambiente hospitalar podemos citar a Perme Intensive Care Unit Mobility

Score (scale Perme)⁷, Chelsea Critical Care Physical Assessment tool (CPAx)⁸, ICU Mobility Scale⁹ e a Funcional Status Score for the ICU¹⁰. As escalas Perme e ICU Mobility Scale foram traduzidas e culturalmente adaptadas para o português brasileiro⁷.

Para avaliar a gravidade do paciente no momento da internação também existem escalas reconhecidas e validadas como a Simplified Acute Physiology Score ou Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS)¹¹, Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation (APACHE)¹² e Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)¹³. São escalas que avaliam o paciente a partir de exames clínicos, sanguíneos e condição do paciente no momento da admissão na UTI.

Sendo assim esse estudo teve como objetivo avaliar pacientes internados na UTI, classificados como cirúrgicos, neurológicos e clínicos por meio da escala de mobilidade Perme (anexo 1) e escore de gravidade SAPS (anexo 2) buscando correlacionar o grau do escore fisiológico com o grau de acometimento na mobilidade ou funcionalidade do paciente.

Protocolos de avaliação e acompanhamento se fazem necessários para um cuidado mais efetivo, buscando diminuindo as comorbidades de uma internação prolongada².

METODOLOGIA

A pesquisa teve caráter prospectivo e observacional, aprovada pelo comitê de Ética e pesquisa sob o número 2550601. Foram avaliados os pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no segundo trimestre de 2018. Todos foram avaliados e classificados pelo critério de gravidade, SAPS III e grau de mobilidade funcional pelo escore PERME. O Termo de Consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo paciente ou responsável. O estudo contou com 68 pacientes avaliados, sendo 27 cirúrgicos, 30 neurológicos e 11 clínicos. Foram excluídos do estudos paciente que foram admitidos mas receberam alta com menos de 24 horas durante o final de semana não foram incluídos no estudos por não terem a escala Perme avaliada e pacientes com diagnóstico de morte encefálica.

Assim que o paciente era admitido na UTI o médico ou residente médico responsável pela admissão calculava o SAPS III¹⁴ e o transcrevia no prontuário. Para avaliar a mobilidade foi utilizada a escala PERME, a qual avalia a mobilidade juntamente com algumas barreiras que são contrárias à mobilização precoce, tais como: paciente em ventilação mecânica, presença de dor, infusão contínua de medicamentos e também a presença de dispositivos como drenos, sondas, cateteres e etcetera.

A avaliação utilizando a escala PERME foi realizada pelos fisioterapeutas, primeiramente foi analisado o estado mental, onde zero (0) significa arresposivo; um (1) significa letárgico; dois significa (2) acordado e alerta. A seguir foi verificada a capacidade do paciente em realizar ao menos dois de três comandos solicitados, como abrir/fechar os olhos; fechar a mão; colocar a língua para fora entre outros, sendo classificado

como zero (0) quando não consegue ou incapaz e um (1) como sim ou capaz de realizar os comandos, para analisar o nível de consciência e se seria incluído para avaliação.

Para avaliar o domínio sobre as potenciais barreiras a mobilidade foi verificada presença de ventilação mecânica (onde zero significa sim e 1 não), presença de dor (onde zero significa sim ou paciente incapaz de responder e 1 não), se apresentava dois ou mais dispositivos como drenos, cateteres, cânula de traqueostomia, sondas, (onde zero significa sim e 1 não) e se recebia infusão endovenosa (onde zero significa sim e 1 não).

No domínio da força muscular, que foi avaliada bilateralmente, para a força dos membros inferiores (MMII) o paciente deveria ser capaz de erguer a perna ao menos 20 graus contra a gravidade com o joelho estendido (onde 0 = incapaz e 1 = capaz, para cada perna), para os membros superiores (MMSS) o paciente deveria ser capaz de elevar o braço contra a gravidade ao menos 45 graus com o cotovelo estendido (onde 0 = incapaz e 1 = capaz, para cada braço).

Para avaliar a mobilidade no leito foi pedido para o paciente passar da posição supina (deitado) para posição sentada e quando estabelecida a posição sentada, foi avaliado o equilíbrio estático. Na transferência foram solicitadas três atividades: passar de sentado para posição em pé; equilíbrio estático na posição ortostática e transferência do leito para uma cadeira ou da cadeira para o leito, sendo analisada a marcha. Para as atividades anteriormente realizadas a pontuação variou de acordo com a necessidade de auxílio para realizar a tarefa que paciente precisava: não avaliado ou total assistência (paciente realiza menos de 25%) = 0; máxima assistência (paciente realiza 25 - 50%) = 1; moderada assistência (paciente realiza 50 - 75%) = 2 e mínima assistência ou apenas supervisão (paciente realiza >75%) = 3. Por fim foi avaliada a *endurance* do paciente,

distância percorrida em 2 minutos incluindo tempo de descanso, independente do nível de assistência necessitada. A pontuação foi dada conforme a distância percorrida, sendo 0 = não avaliado ou incapaz de deambular; 1 = percorreu entre 1 e 15 metros; 2 = percorreu entre 15 e 30 metros e 3 = percorreu >30 metros. O escore da escala PERME varia de 0 a 32, onde zero é o mínimo de mobilidade e 32 é o máximo de mobilidade e independência do paciente⁷.

Análise estatística

Os dados foram analisados pelo teste Kolmogorov - Smirnova para analisar a normalidade dos dados. Os dados serão expressos em mediana. E em seguida foi aplicado o teste de Kruskal Wallis. Considerou-se nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram analisados 68 pacientes com as características demográficas apresentadas na tabela 1. Os pacientes foram separados por Unidade de internação e diagnósticos, sendo UTI 1 cirúrgicos (n=27), UTI 2 neurológicos (n=30) e UTI 3 clínicos (n=11).

Tabela 1 – Caracterização dos grupos, valores expressos em mediana.

	UTI 1 cirúrgica (n=27)	UTI 2 neurológica (n=30)	UTI 3 clínica (n=11)	P
Idade (anos)	67	50	55	
Feminino/Masculino	11/16	13/17	7/4	
Internação (dias)	3 (1 -73)	7,5 (1 -51)	14 (4 -36)	0,027
SAPS points	41 (18 -80)	52,5 (16 -104)	69 (32 -103)	0,008
Risco de Óbito (%)	7 (0 -74)	21 (0 -92)	54 (2 -93)	0,008
Perme inicial	8 (0 -30)	0,5 (0 -32)	0 (0 -13)	0,002
Perme final	11 (0 -30)	6 (0 -32)	10 (0 -24)	0,244
Óbito n (%)	5 (18,5)	9 (30)	2 (18,1)	

Legenda: SAPS points - Simplified Acute Physiology Score, Perme - Perme Intensive Care Unit Mobility Score. $p < 0,05$.

Para verificar diferença entre as unidades foi aplicada a correlação de Spearman e observou-se diferença entre a UTI 1 e 3 para a variável risco de óbito (%) ($p = 0,006$). Diferença entre a UTI 1 e 3 para a variável dias de internação ($p = 0,022$) e diferença entre a UTI 1 e 3 ($p = 0,003$) e UTI 2 e 1 ($p = 0,042$) para a variável PERME inicial.

Quando aplicado correlação de Spearman nas UTIs entre SAPS e Perme Inicial e final observou-se que a UTI 1 não apresentou correlação. A UTI 2 apresenta $r = -0,810$

$p=0,000$ e $r=-0,651$ $p=0,000$, respectivamente. A UTI 3 apresenta $r=-0,674$ $p=0,022$ e $r=-0,808$ $p=0,003$, respectivamente.

Entre a avaliação da Perme Inicial com a Final, temos um intervalo de 8 dias, onde os pacientes foram atendidos com intervenção fisioterapia convencional do setor e/ou com treino no cicloergômetro.

Observamos que o paciente cirúrgico tem o tempo de internação inferior aos demais, principalmente quando comparado com os clínicos, que são pacientes crônicos, com internação prolongada e que apresentam alto risco de óbito devido às complicações adquiridas, mas mesmo assim apresentam a menor porcentagem em óbito, talvez por ser o menos grupo pesquisado.

DISCUSSÃO

A proposta deste trabalho foi avaliar e correlacionar entre os pacientes cirúrgicos, neurológicos e clínicos a escala de mobilidade Perme com o escore de gravidade SAPS. Foi possível observar que o tempo de internação e a escala Perme inicial se mostraram diferentes entre os grupos.

A avaliação do paciente cirúrgico utilizando a escala Perme tem suas facilidades dependendo do tipo de cirurgia realizada, tempo de pós-operatório e da fase de recuperação que o paciente se encontra, porém alguns deles têm indicação para permanecer restrito no leito, sem possibilidade de ortostatismo, em fase inicial de cicatrização devemos ter cuidado para não gerar força de tensão nas bordas cicatriciais, o paciente pode apresentar dor intensa e outros fatores que acabam dificultando a aplicação da escala e a realização da mobilização. Os pacientes admitidos na unidade 1 apresentaram o menor valor de SAPS, isso pode estar relacionado com a internação agendada para cirurgia, ou pacientes em estados mais estáveis de pré cirúrgico e sendo o menor valor dentre as 3 unidades, isso pelo fato que o SAPS é gerado a partir de um escore fisiológico, o paciente mais crítico apresenta pontuação mais elevada^{11, 15}. Por se tratar de pacientes pré e pós cirúrgicos, com variadas cirurgias realizadas, o tempo de coleta foi pequeno, tornando a amostra muito heterogênea, não apresentando então nenhuma correlação entre SAPS e Perme.

Os pacientes cirúrgicos apresentam menor tempo de internação, menor SAPS e com isso, menor risco de óbito, isso pode ser devido à seletividade e eletividade das cirurgias, proporcionando menor tempo de permanência na UTI, levando a condições pré-operatórias mais favoráveis¹⁵. E quando o paciente de cirurgia eletiva é admitido na

UTI, ele se encontra em condições motoras mais favoráveis, ou seja, maior mobilidade e independência, pois existe apenas o stress cirúrgico, mas o mesmo cessa quando o problema é resolvido, exceto nos estados pós operatório que apresentam complicações.

Quando observamos os pacientes clínicos, eles apresentaram maior risco de óbito e maior tempo de internação, provavelmente por se tratar de pacientes que apresentam cronicidade em seus quadros clínicos devido a complicações, sepse ou choque séptico levando a um agravamento na condição do mesmo. A sepse é caracterizada por uma síndrome complexa causada por uma resposta inflamatória sistêmica, podendo levar a disfunção ou a falência de um ou mais órgãos e quando essa condição se instala, o quadro clínico altera, podendo apresentar variações gerias como febre, taquipneia, alteração nos marcadores inflamatórios, além de alterações hemodinâmica, na percussão tecidual entre outros¹⁶. Tudo isso pode acabar levando o paciente a uma recuperação mais demorada e com maior chance de mortalidade¹⁷.

O mesmo já não é uma constante quando analisado os pacientes neurológicos, que incluem vários diagnósticos desde trauma cranioencefálico, tumor cerebral a acidente vascular encefálico. Quando estes pacientes são admitidos na UTI, apresentam valor de SAPS mais elevado que os cirúrgicos, porém, menor que os clínicos. O mesmo acontece com o risco de óbito e o tempo de internação, entretanto, a taxa de mortalidade é a maior na unidade neurológica, sendo 30% versus 18,5% e 18,8% comparado com UTIs cirúrgica e clínica respectivamente, demonstrando que o paciente neurológico apresenta-se mais crítico¹⁶, estão sujeitos a infusão contínua de sedação, analgésicos e até bloqueadores neuromusculares e ainda monitorização rigorosa e distinta dos demais pacientes, como por exemplo a aferição da pressão intracraniana^{18,19}, tornando a avalia-

ção da mobilidade mais difícil tanto pela elevada gravidade e instabilidade do paciente e também pelo coma induzido, que pode ser essencial para o tratamento^{1, 20, 21}.

Quando comparado os valores da escala Perme inicial, observamos diferença entre as UTIs cirúrgica e clínica e entre cirúrgica e neurológica. As UTIs neurológica e clínica não apresentaram diferença. Talvez uma possível justificativa para isso seja decorrente ao número de pacientes na UTI clínica, que é inferior às demais.

As correlações entre o SAPS x PEME Inicial e SAPS x Perme Final são de caráter negativa e forte para SAPS x Perme inicial na unidade 2 e SAPS x Perme final na unidade 3, mostrando que quanto maior o valor de SAPS menor será valor de Perme encontrado para esse paciente. Isso nos faz pensar que a condição fisiológica do paciente e seu estado de gravidade podem interferir na capacidade funcional e independência do mesmo.

O trabalho apresentou um número reduzido na unidade clínica devido a cronicidade dos pacientes, apresentando pouca rotatividade durante o tempo de coleta de dados. Pacientes que foram admitidos e receberam alta com 24 horas durante o final de semana não tiveram a escala PERME coletada.

O estudo traz uma nova possibilidade onde a condição fisiológica do paciente interfere na mobilidade e por fim na sua capacidade física, mostrando então a importância de um equilíbrio orgânico para que a funcionalidade possa ser preservada ou então para evitar a diminuição de força e da capacidade funcional do paciente durante internação.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o tempo de internação e a escala Perme inicial se mostraram diferentes entre as três UTIs. O escore Perme final não foi diferente entre os grupos. As correlações entre o SAPS e escore PERME inicial e final mostraram-se negativa e forte, ou seja, quanto maior o valor de SAPS menor será valor de Perme. A mortalidade foi maior no grupo neurológico. Verifica-se a necessidade da elaboração de mais estudos com maior amostra e mais tempo para que seja estabelecido melhor nível de confiança na avaliação na avaliação e correlação da gravidade com a mobilidade do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira LS, Cardoso de Souza RM, Padilha KG, Koike KM. Características Clínicas e Gravidade de Pacientes Internados em UTIs Públicas e Privadas. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1): 59-67.
2. Keegan MT, Soares M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognósticos e mortalidade ajustada ao risco. *Rev Boas Ter Intensiva.* 2016;28 (3): 264-269.
3. Korupolu R, Gifford JM, Needham DM. Early mobilization on critically ill patients: reducing neuromuscular complication after intensive care. *Contemp Crit Care.* 2009; 6(9): 1-11.
4. Rosa TEC, D'Aquino Benício MH, de Oliveira Latorred MRD, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1): 40-48.
5. Garnacho-Montero J. et al. Effect of critical illness polyneuropathy on the withdrawal from mechanical ventilation and the length of stay in septic patients. *Critical Care Med.* 2005;33 (2): 349-54.
6. Ferreira LL. Escalas de avaliação funcional em terapia intensiva: revisão de literatura. *Rev Ate. Saúde.* 2018;16 (56): 108-114.
7. Kawaguchi Y, Nawa RK, Figueredo RB, et al. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *J Boas Pneumol.* 2016;42 (6): 429-34.
8. Corner EJ, Wood H, Englebrechtsen C, et al. The Chelsea critical care physical assessment tool (CPAx): validation os an innovative new tool to measure physical morbidity in general adult critical care population; an observational proof-of-concept pilot study. *Physiotherapy.* 2013;99 (1): 33-4.
9. Hodgson C, Needham D, Haines K, et al. Feasibility and inter-rater reliability os the ICU Mobility Scale. *Heart Lung J Crit Care.*
10. Perme C, Nada RK, Winkelman C, Massud F. A tool to assess mobility status in critical ill patients: There Perme Intensive Care Unit Mobility Score. *Methodist Deba-key Cardiovasc J.* 2014;10 (1): 49-9.

11. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American Multicenter study. *JAMA*. 1993;270 (24): 2957-63.
12. Zimmerman JE, Krame AA, McNair DS, Malila FM. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: hospital mortality assessment for today's critically ill patients. *Crit Care Med*. 2006;34 (5): 1297-310.
13. Vicent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 1996;22 (7): 707-10.
14. Silva Jr JM, Malbouisson LMS, Nuevo HL, Barbosa LGT, Marubaiashy L, Teixeira IC, Nassar Jr AP, Carmona MJC, Silva IF, Auler Jr JOC, Rezende. Aplicabilidade do Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em Hospitais Brasileiros. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010; 60: 1: 20-31.
15. Pires Siqueira EM, Ribeiro MD, Silva Souza RC, Machado FS, Diccini S. Correlação entre carga de trabalho de enfermagem e gravidade dos pacientes críticos gerais, neurológicos e cardiológicos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 19, núm. 2, 2015, pp. 233-238.
16. Carvalho PRA, Torra EA. Avanços no diagnóstico e tratamento da sepse. *Jornal de Pediatria*. 2003;79 (2) 195-204.
17. Zamom F, Caovilha JJ, Michel RS, et al. Sepse na Unidade de Terapia Intensiva: Etiologias, Fatores Prognósticos e Mortalidade. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2008;20 (2) 128-134.
18. Bruce DA, Trumble ER, Steers J. Pathophysiology and treatment of severe head injury in children. In Choux M, Di Rocco C, Hockley A, Walker M (Eds.). *Pediatric neurosurgery*. New York: Churchill Livingstone, 1999:355-372.
19. Almeida Gentile JK, Himuro HS, Ordinola Rojas SS, Veiga VC, Campodonico Amaya LE, Carvalho JC. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. *Rev Bras Clin Med*. 2011;9(1):74-82.

20. Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003 Dec 15;168(12):1457-61.
21. Silva Basto PA, Soares, YO, Oliveira HS, Gonçalves WS, Balestra LF, Gardenghi G. Repercussions of sedation in hospitalized patients in intensive care units: a systematic review. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2014;5(2):59-72.

Anexo I - PERME

PREENCHER QUANDO A ETIQUETA NÃO ESTIVER DISPONÍVEL	
Escore Perme de Mobilidade em UTI	Nome: _____ Leito: _____
Perme Escore	
Diagnóstico de admissão na UTI:	Prontuário: _____ Passaport: _____
Data Internação UTI: ____/____/____ Data Alta UTI: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Alta Semi-UCO <input type="checkbox"/> Alta CMC <input type="checkbox"/> Alta Transferência <input type="checkbox"/> Alta Fisioterapia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outro: _____	
ESTADO MENTAL	
1. Estado de alerta no começo da avaliação	
Não responde = 0 <input type="checkbox"/> Confuso = 1 <input type="checkbox"/> Alerta e atento = 2 <input type="checkbox"/>	
2. O paciente consegue seguir 2 entre 3 comandos?	
Não = 0 <input type="checkbox"/> Sim = 1 <input type="checkbox"/>	
POTENCIAIS BARREIRAS À MOBILIDADE	
3. O paciente está em Ventilação Mecânica OU Ventilação Não-Invasiva?	
Sim = 0 <input type="checkbox"/> Não = 1 <input type="checkbox"/>	
4. Dor	
Incapaz de descrever dor ou o paciente relata dor = 0 <input type="checkbox"/> Sim dor = 1 <input type="checkbox"/>	
5. O paciente apresenta 1 ou mais dos seguintes: (circule) Dispositivos de sução nasais, Cateter de Foley, TOT, Traqueostomia, cateter central, cateter periférico, pressão arterial invasiva, cateter de diálise, CVP, SGP, SJP, sonda nasogástrica, dreno de tórax, marcapasso temporário, cateter de artéria pulmonar, cateter agulha (PCA), BIA, DABE, TDR, ventriculostomia, dreno lombar, curativo a vácuo para ferida (VAC), ou outros.	
Sim = 0 <input type="checkbox"/> Não = 1 <input type="checkbox"/>	
6. O paciente está em infusão endovenosa?	
Sim = 0 <input type="checkbox"/> Não = 1 <input type="checkbox"/>	
FORÇA FUNCIONAL	5 0 5 0 5 0 5 0 5 0 5 0
7. Pernas – O paciente é capaz de erguer a perna contra a gravidade por aproximadamente 25 graus, com o joelho estendido?	
Não = 0 <input type="checkbox"/> Sim = 1 <input type="checkbox"/>	
8. Braços – O paciente é capaz de elevar o braço contra a gravidade por aproximadamente 45 graus, com o cotovelo estendido?	
Não = 0 <input type="checkbox"/> Sim = 1 <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE NO LEITO	
Não se move OU Alimenta (não >25%) = 0 <input type="checkbox"/> Alimenta e se move (25 a 49%) = 1 <input type="checkbox"/> Alimenta e se move (50 a 74%) = 2 <input type="checkbox"/> Alimenta e se move (>75%) OU Vegetal = 3 <input type="checkbox"/>	
9. Supino para sentado	
10. Equilíbrio estático uma vez estabelecida a posição sentado à beira do leito	
TRANSFERÊNCIAS	
11. Sentado para em pé	
12. Equilíbrio estático uma vez estabelecida a posição em pé	
13. Transferência do leito para a cadeira OU da cadeira para o leito	
MARCHA	
14. Marcha	
ENDURANCE	
15. Endurance (Distância percorrida em 2 minutos, independentemente do nível de assistência exigido, incluída paradas de descanso (em pé ou sentado), com ou sem uso de dispositivos de auxílio)	
Incapaz de descrever OU Não avaliado = 0 <input type="checkbox"/> Distância percorrida entre 1-10 metros = 1 <input type="checkbox"/> Distância percorrida entre 11-20 metros = 2 <input type="checkbox"/> Distância percorrida >20 metros = 3 <input type="checkbox"/>	
PONTUAÇÃO TOTAL	

Anexo II - SAPS III

Demográfico / estado prévio de saúde		Categoria diagnóstica		Variáveis fisiológicas na admissão	
Variáveis	Pontos	Variáveis	Pontos	Variáveis	Pontos
Idade		Admissão programada	0	Glasgow	
< 40	0	Admissão não programada	3	3-4	15
≥ 40-<60	5	Urgência		5	10
≥ 60-< 70	9	Não cirúrgico	5	6	7
≥ 70-< 75	13	Eletiva	0	7-12	2
≥ 75-<80	15	Emergência	6	≥ 13	0
≥ 80	18	Tipo de operação		Frequência cardíaca	
Comorbidades		Transplantes	-11	< 120	0
Outras	0	Trauma	-8	≥ 120-< 160	5
Quimioterapia	3	RM sem valva	-6	≥ 160	7
ICC NYHA IV	6	Cirurgia no AVC	5	Pressão arterial sistólica	
Neoplasia hematológica	6	Outras	0	< 40	11
Cirrose	8	Admissão na UTI acrescentar 16 pontos	16	≥ 40-< 70	8
Aids	8	Motivo de internação		≥ 70-< 120	3
Metástase	11	Neurológicas		≥ 120	0
Dias de internação prévios		Convulsões	-4	Oxigenação	
< 14	0	Coma, confusão, agitação	4	VM relação PaO ₂ /FiO ₂ < 100	11
≥ 14-28	6	Déficit Focal	7	VM relação ≥ 100	7
≥ 28	7	Efeito de massa intracraniana	11	Sem VM PaO ₂ < 60	5
Procedência		Cardiológicas		Sem VM PaO ₂ ≥ 60	0
Centro cirúrgico	0	Arritmia	-5	Temperatura	
PS	5	Choque hemorrágico	3	< 34,5	7
Outra UTI	7	Choque hipovolêmico não hemorrágico	3	≥ 34,5	0
Outros	8	Choque distributivo	5	Leucócitos	
Fármacos vasoativos		Abdômen		< 15.000	0
Sim	0	Abdômen agudo	3	≥ 15.000	2
Não	3	Pancreatite grave	9	Plaquetas	
		Falência hepática	6	< 20.000	13
		Outras	0	≥ 20.000-< 50.000	8
		Infecção		≥ 50.000-< 100.000	5
		Nosocomial	4	≥ 100.000	0
		Respiratória	5	pH	
		Outras	0	≤ 7,25	3
				> 7,25	0
				Creatinina	
				< 1,2	0
				≥ 1,2-< 2,0	2
				≥ 2,0-< 3,5	7
				≥ 3,5	8
				Bilirrubina	
				< 2	0
				≥ 2-< 6	4
				≥ 6	5
Total					

Adaptado de Moreno RP. *Intensive Care Med* 2005; 31: 1345-55.